

CHILD DEVELOPMENT AND CARE (CDC) APPLICATION
SOLICITUD DE DESARROLLO Y CUIDADO DE NIÑOS (CDC)

State of Michigan
 Department of Human Services (DHS)

Case Name	
Case Number	DHS Specialist
DHS Office	Date

INSTRUCCIONES: • Usted debe vivir en Michigan. • Su solicitud completa y firmada debe ser recibida por la oficina de DHS antes que la elegibilidad es determinada. • Proveer su Número de Seguro Social (SSN) es voluntario. Sin embargo, si lo provee, el SSN puede ser usado para establecer identidad y para propósitos de reportar y tener seguimiento.

SECCION 1 – INFORMACION DEL SOLICITANTE:

1. Nombre Completo del Sol. (<i>Apel., Nom., 2do. Nom.</i>)		2. Primer/Apellido de Soltera		3. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Nunca casada(o) <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Divorciada(o) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viuda(o)	
4. Representante autorizado Nombre (<i>Apellido, Nombre, Segundo Nombre</i>)			5. Dirección		
6. ¿El representante autorizado brindará cuidados a cualquiera de los niños de esta solicitud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí Nombre de Niño(s):					
7. Señale dónde vive: <input type="checkbox"/> Casa/apartamento/hogar móvil <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Otro					
8. Dirección donde vive o dirección de instalaciones (número, calle, ruta rural, número de apartamento/terreno)					
Ciudad		Estado	Código Postal	Condado	
9. Dirección postal (si es diferente del anterior o apartado postal)					
Ciudad		Estado	Código Postal	Condado	
10. Teléfono de Casa		11. Teléfono Celular		12. Teléfono de Trabajo	13. TTY #
14. Número de teléfono donde pueden dejarse mensajes			¿De quién es? (Nombre/relación)		15. Correo electrónico
16. Etnia (opcional) <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latino		17. Raza (opcional) <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska–Nombre de tribu _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/ <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco Otra Isla del Pacífico			
18. ¿Por qué necesito servicios de cuidado de niños? (<i>Marque todo lo que aplica.</i>) <input type="checkbox"/> Por trabajo <input type="checkbox"/> Para finalizar estudios secundarios o GED <input type="checkbox"/> Educación/Capacitación Aprobada/Preparación de Empleo <input type="checkbox"/> Tratamiento para condición de salud o social (explicar): _____			19. Necesito tiempo para estudiar (<i>Marque todo lo que aplica</i>) Numero de horas por semana <input type="checkbox"/> Por trabajo _____ <input type="checkbox"/> Educación/Capacitación Aprobada/Preparación de Empleo _____		

SECCION 2 – ANOTE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR: (*Adjunte una página adicional, si es necesario.*)

Nombre (<i>Apellido, Nombre, Segundo Nombre</i>)	Fecha de Nacimiento	¿Ciudadano de EE. UU.?	Sexo (M/F)	Parentesco con Usted	Número de Seguro Social (voluntario)	¿Esta persona asiste a la escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, dónde/dirección	Recibe beneficios de asistencia de DHS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Recibe beneficios de SSI? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Usted		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, dónde/dirección	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, dónde/dirección	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, dónde/dirección	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, dónde/dirección	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si pone sí, dónde/dirección	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

CONTINUA EN LA PAGINA 2 ▶

SECCION 3 – ANOTE LOS NOMBRES DE LOS NIÑOS EN SU HOGAR QUE NECESITAN CUIDADO: (Adjunte una página adicional, si es necesario.)

Name of child needing care	Provider Name	Provider ID Number (if known)

SECCION 4 – OTRA INFORMACION: Marque todo lo que aplica.

Soy padre adoptivo temporal solicitando cuidado de niños **solamente** para un niño(s) adoptivo(s) temporal(es).

Necesito cuidado de niño **solamente** para participar en actividades requeridas para mi caso de **Servicios de Protección o Prevención de DHS.**

SECCION 5 – INFORMACION DE TODOS LOS NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN EN SU HOGAR

Completa la tabla abajo. (Adjunte una página adicional, si es necesario.)

Anote los nombres completos de todos los niños menores de 18 años de edad que viven en su hogar. (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Anote los nombres completos de la madre y el padre de cada niño. Escriba "Desconocido" si no sabe quién es la madre o el padre. (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	¿Los padres viven en el hogar?	Si el niño no vive con un padre, ¿con quién vive el niño y cuál es la relación con el niño?	Si padre no vive en el hogar, <input checked="" type="checkbox"/> caja correspondiente.							Dirección del correo del padre si es diferente del solicitante.	¿El padre proporciona el apoyo económico de los niños?
				Casado(a)	Divorciado(a)	Separado(a)	En Prisión	Fallecido(a)	En el Ejército	Ausente por Otra Razón		
Niño 1	Madre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre _____ Relación _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Sí, sí, proporcione el # de soporte si se sabe _____
	Padre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre _____ Relación _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Sí, sí, proporcione el # de soporte si se sabe _____
Niño 2	Madre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre _____ Relación _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Sí, sí, proporcione el # de soporte si se sabe _____
	Padre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre _____ Relación _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Sí, sí, proporcione el # de soporte si se sabe _____
Niño 3	Madre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre _____ Relación _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Sí, sí, proporcione el # de soporte si se sabe _____
	Padre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre _____ Relación _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Sí, sí, proporcione el # de soporte si se sabe _____
Niño 4	Madre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre _____ Relación _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Sí, sí, proporcione el # de soporte si se sabe _____
	Padre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre _____ Relación _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Sí, sí, proporcione el # de soporte si se sabe _____

CONTINUA EN LA PAGINA 3 ►

SECCION 6 – SOLAMENTE PARA TRABAJO POR CUENTA PROPIA – Anote a cualquier persona de su hogar que este empleado por cuenta propia incluyéndose a usted mismo. (Adjunte una página adicional, si es necesario.)

Persona empleada por cuenta propia	Fecha de inicio	Negocios/Nombre Dirección/ Número de teléfono	Tipo de trabajo	Horas de empleo por cuenta propia Lunes _____ Martes _____ Miérc. _____ Jueves _____ Viernes _____ Sábado _____	Ingreso bruto Mensual (Cifras antes de gastos) \$ _____	Fecha del ultimo cheque o del más reciente
Persona empleada por cuenta propia	Fecha de inicio	Negocios/Nombre Dirección/ Número de teléfono	Tipo de trabajo	Horas de empleo por cuenta propia Lunes _____ Martes _____ Miérc. _____ Jueves _____ Viernes _____ Sábado _____	Ingreso Mensual (Cifras antes de gastos) \$ _____	Fecha del ultimo cheque o del más reciente

SECCION 7 – INGRESO DE EMPLEO – Anote las personas que vivan en su hogar con ingresos incluyéndolo a usted. Adjunte comprobante actual. (Adjunte una página adicional, si es necesario.)

Nombre de la Persona empleado	Fecha de inicio	Nombre del empleador/dirección/ número teléfono	Tipo de trabajo	Cargo	Horario de trabajo Hours Lunes _____ Martes _____ Miérc. _____ Jueves _____ Viernes _____ Sábado _____ Lunes _____
Si es Nuevo empleo, Fecha del primer cheque			¿Continuará el empleo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Día de la semana que recibe el cheque de pago			Más reciente o fecha del último pago de cheque		
Número promedio de horas que espera trabajar _____ Por <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Período de pago			Sueldo \$ _____ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Otro _____		
Con que frecuencia le pagan: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro _____					
Recibe usted <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> Tiempo extra <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ▶ Si sí, Cantidad \$ _____ ¿Con que frecuencia? _____					
¿Recibe propinas no incluidas en su cheque? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ▶ Si sí, Promedio de propinas no incluidas \$ _____ Por <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Período de Pago <input type="checkbox"/> Otro _____					

CONTINUA EN LA PAGINA 4 ▶

Nombre de la Persona empleado	Fecha de inicio	Nombre del empleador/dirección/ número teléfono	Tipo de trabajo	Cargo	Horario de trabajo Hours Lunes _____ Martes _____ Miérc. _____ Jueves _____ Viernes _____ Sábado _____ Lunes _____
-------------------------------	-----------------	--	-----------------	-------	--

Si es Nuevo empleo, Fecha del primer cheque _____ ¿Continuará el empleo?
 Sí No

Día de la semana que recibe el cheque de pago _____ Más reciente o fecha del último pago de cheque _____

Número promedio de horas que espera trabajar _____ Por Semana Período de pago _____ Sueldo
 \$ _____ Por hora Salario Otro _____

Con que frecuencia le pagan:
 Semanal Cada dos semanas Dos veces por mes Mensual Otro _____

Recibe usted Bonos Comisión Tiempo extra Si No
 ▶ Si sí, Cantidad \$ _____ ¿Con que frecuencia? _____

¿Recibe propinas no incluidas en su cheque? Si No
 ▶ Si sí, Promedio de propinas no incluidas \$ _____ Por Semana Período de pago Otro

SECCION 8 – INGRESOS NO SALARIALES – Adjunte prueba actual. (Adjunte una página adicional, si es necesario.)

¿Alguien de su hogar recibe o espera recibir otro ingreso diferente al ingreso salarial?
 No Sí ▶ Marque todas las casillas que correspondan y complete la tabla.

<input type="checkbox"/> Dinero proveniente de amigos o parientes, etc.	<input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores	<input type="checkbox"/> Asistencia de hogar	<input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos
<input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Sostenimiento para niños	<input type="checkbox"/> Beneficios de incapacitados	<input type="checkbox"/> Asignación Militar
<input type="checkbox"/> Compensación de desempleo	<input type="checkbox"/> Prestamos de educación	<input type="checkbox"/> Ingresos por cosechas y granjas	<input type="checkbox"/> Contrato de terreno, hipoteca o ingreso por alquiler
<input type="checkbox"/> Asist. del Edo. Incapacitado. (SDA)	<input type="checkbox"/> Distribución de juego (lotería)		
<input type="checkbox"/> Beneficios de pensión/retiro	<input type="checkbox"/> Ingreso/pagos de una tribu (GA tribal, reclamo de terreno, ganancias por casino, compartir, per cápita, etc.)		

Nombre del inquilino: ▶ _____
 Otro _____

Persona(s) que reciben/esperan	Fuente de ingreso/tipo listado a continuación	Cada cuánto se recibe	Cantidad recibida	Espera continuar	Fecha en que se espera si todavía no recibe
			\$	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
			\$	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
			\$	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

SECTION 9 – solicitud de registro del votante del estado de Michigan

Si no está registrado para votar en su dirección actual, le gustaría registrarse Si No

NOTA: Si usted no marcó ninguna caja, el Departamento asumirá que ha decidido no registrarse para votar ahora.

Solicitando o declinando su registro al voto no afectará la cantidad de asistencia que esta agencia le proveerá. Si le gustaría llenar la solicitud de registro, nosotros le ayudaremos. Usted tiene la decisión de pedir o aceptar ayuda. Usted puede llenar la solicitud de registro de votante en privado.

Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o declina el registro para votar, o su derecho a la privacidad de su decisión para registrarse o solicitando el registro para votar, o su derecho de escoger su partido político u otra preferencia política, puede quejarse con: Secretary of State, PO Box 20126, Lansing, MI 48901-0726

CONTINUA EN LA PAGINA 5 ▶

SECCION 10 – DERECHOS Y RECONOCIMIENTOS:

- SOLICITUD:** Entiendo que tengo el derecho de llenar esta solicitud hoy o en cualquier momento, incluyendo antes de cualquier entrevista o cita, y que la solicitud debe ser aprobada o negada dentro de los 45 días del día en que es recibida por el DHS.
 - NO SE DISCRIMINARA:** Entiendo que si creo que he sido discriminado debido a raza, sexo, religión, edad, nacionalidad, color, estatura, peso, estado civil, orientación sexual, discapacidad, o a credos políticos, tengo el derecho de presentar una queja con la Secretaria de Department of Health and Human Services en Washington, D.C.
 - REPORTANDO REQUISITOS:**
 - Entiendo que el Departamento necesita saber de cualquier cambio en los ingresos o circunstancias de cualquier persona mencionada en este formulario.
 - Reportaré al especialista de DHS que maneja mi caso de Cuidado y Desarrollo de Niños (CDC), cualquier cambio dentro de los 10 días que ocurra.** Estos cambios incluyen cambios en mi empleo, escuela/entrenamiento, ingreso, arreglos de cuidado de niño (ej. cuidador, donde se proporciona el cuidado), nombre, dirección, números de teléfono, miembros del hogar, estado civil, etc., y cualquier otro cambio que pueda afectar mi elegibilidad o la cantidad de beneficios.
 - Entiendo que si dejo de informar o me niego a informar cambios requeridos o hago declaraciones falsas o engañosas, puedo ser enjuiciado por fraude o perjurio.
- Si usted tiene dudas sobre el cambio que debe informar, llame a su especialista de DHS a la oficina local de DHS.**
- PROGRAMA DE PENALIZACION:** La violación de las reglas del programa puede resultar una descalificación por 6 meses, 12 meses o de vida.
 - DEVOLUCION DE BENEFICIOS:** Entiendo que si recibo más beneficios de los que debo recibir por cualquier razón, los beneficios adicionales recibidos tendrán que ser devueltos. Si una distorsión intencional causa el sobrepago, la parte responsable incluyendo cualquier adulto en el grupo del programa o el representante autorizado del grupo o proveedor de mercancías o servicios puede ser enjuiciado por fraude.
 - AUDIENCIAS:** Entiendo que si yo **no** estoy de acuerdo con cualquier decisión hecha en cualquier asunto tocante a mi caso, tengo el derecho de pedir una Audiencia Administrativa. Entiendo que puedo pedir información acerca de la Audiencia Administrativa llamando a la oficina de DHS del condado y que puedo pedir una Audiencia Administrativa escribiendo a la oficina local de DHS.
 - DECLARACION JURADA:** Juro o afirmo de que toda la información que he escrito en esta forma o dicho al especialista de DHS es verdad. Entiendo que puedo ser enjuiciado por perjurio si yo intencionalmente he dado información falsa. También sé que me pueden pedir que muestre prueba de cualquier información que haya dado. Si he ocultado algo intencionalmente de cualquier información o si he dado información falsa que me haga recibir beneficios a los que no tengo derecho o más beneficios de lo que debo recibir, entiendo que puedo ser enjuiciado por fraude.
 - LIBERACION DE INFORMACION:** Autorizo al Departamento de enviar notas y/o proveer información a mi cuidador de niños cuando los servicios de CDC hayan sido autorizados o cuando haya cambios en la información autorizada previamente dada al cuidador o cuando mi solicitud por los servicios de CDC sea negada o retirada o mi caso está cerrado. También autorizo al Departamento o cualquier guardería que pueda proveer cuidado para mi(s) niño(s) que den la información necesaria para determinar mi derecho a beneficios bajo cualquier otro programa local, estatal o federal. Autorizo a la Social Security Administration a dar al Departamento toda la información necesaria para determinar mi elegibilidad para los beneficios de CDC.
 - COMPROBACION POR COMPUTADORA:** El Departamento hará un control con las agencias federales, estatales y privadas a fin de asegurar que la información que brinde en esta solicitud sea correcta. El Departamento podrá controlar salarios, ingreso, activos, beneficios de desempleo, reembolsos de impuestos sobre la renta, beneficios y números del Seguro Social, situación como inmigrante, etc.

ENTIENDO QUE:

- Si se aprueba CDC, solamente usaré los servicios del cuidado de niños durante las horas en que yo, y todas los demás padres/padres sustitutos de mi hogar, no estén disponibles debido a empleo, clases de preparatoria, actividades aprobadas de educación y entrenamiento y actividades aprobadas por una condición social o de salud.
- Soy responsable de cualquier costo de cuidado de niños no pagado por Departamento, incluyendo beneficios que puedan haber sido autorizados pero a los cuales yo no califico, basado en cambios en las circunstancias.
- No soy elegible para los beneficios de CDC antes que la necesidad exista o antes que la oficina local de DHS reciba mi solicitud firmada.
- Si un cambio reportado resulta en una reducción de beneficios, esta reducción será hecha por el Departamento tan pronto como administrativamente sea posible y sin notificación previa.
- El cuidado de niño debe ser proporcionado en Michigan por una guardería con licencia, casa de cuidado de grupo con licencia, una casa de cuidado familiar registrada, inscrito como un cuidador sin licencia quien provee cuidado en el hogar donde vive el niño o un cuidador familiar adulto inscrito por el Departamento que es un abuelo(a)/abuelo(a) político(a), bisabuelo(a)/bisabuelo(a) político(a), tía/tía política/tía abuela/tía abuela política, tío/tío político/tío abuelo/tío abuelo político, o hermano(a)/hermanastro(a) del niño que provee el cuidado en su hogar y no vive en el hogar del niño.
- Entiendo que mi proveedor es considerado auto-empleado y no empleado por el Departamento. Mi proveedor recibe un beneficio emitido de mi parte por el Departamento.
- Mi solicitud puede ser una de estas escogidas para una investigación completa, y un representante de Departamento puede llamar a mi casa y puede hacer contacto con otras personas para verificar mi elegibilidad para asistencia.
- Si elijo a un proveedor sin licencia, el o ella no será inscrito(a) o no recibirá los pagos si:
 - Él/ella, o cualquier adulto reportado como viviendo en el hogar del cuidador familiar, está en el registro central de DHS como autor(a) en un caso confirmado de Children's Protective Services o una revisión de antecedentes criminales muestre, que él/ella ha sido condenado de un crimen específico.
 - Él/ella no ha completado el requisito del, **Entrenamiento básico de (Orientación del Great Start). Ningún cuidado proporcionado antes de la fecha del entrenamiento será pagado por el Departamento.**

HE LEIDO Y COMPRENDO TODAS LAS PARTES DE ESTE FORMULARIO. (Si tiene cualquier pregunta, no dude en consultar a su especialista.)

Firma del solicitante o representante	Fecha de la firma
Firma del Especialista de DHS	Fecha de la firma
Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo la Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.	Esta forma significa bajo la autorización del Acta Pública 280 de 1939. Terminación de esta forma es voluntaria. Sin embargo, si no es completada, su elegibilidad no puede ser determinada y usted no recibirá servicios del cuidado de niños.